Reunião, Análise, Difusão de Informação sobre Saúde

RADIS

súmula 13

Escola Nacional de Saúde Pública — FIOCRUZ

Ano II/Novembro de 1985

ENDEMIAS

Colonização do espaço urbano pelos parasitas

Havia certa crença de que o processo de desenvolvimento e crescimento ininterrupto das grandes cidades contribuiria para amenizar os problemas de saúde, através da utilização de tecnologia mais avançada e novas formas de combate às doenças. O Brasil não seria exceção: esperava-se que a acelerada urbanização associada a novas conquistas técnicas (que passam a freqüentar mais normalmente o dia-a-dia dos brasileiros) diminuísse a incidência de doenças relacionadas a tipos de desenvolvimento "mais atrasados" e aumentassem doenças típicas de formações sociais mais evoluídas tecnicamente. Entretanto, o processo de desenvolvimento brasileiro vem causando inusitados ressurgimentos daquelas doenças, em lugar de sua eliminação, com o concomitante aumento destes tipos "mais evoluídos".

Nesse sentido, já é comum o noticiário referente ao tema da convivência entre a maior incidência das neoplasias e doenças cardio-circulatórias, por exemplo, e a urbanização de "enfermidades rurais", com registro do aumento de casos de malária, de doença de Chagas, de esquistossomose, de lepra, sempre associados à migração do campo para as cidades, ao empobrecimento da população e às suas péssimas condições sanitárias.

Nos últimos dez anos têm sido registradas com maior freqüencia em áreas urbanas casos autóctones de doenças consideradas como "endemias rurais". Nas cidades, onde a maioria dos indivíduos não tem imunidade a estes parasitas, estas doenças se apresentam como processos infecciosos cuja prevalência e disseminação são determinadas pela possibilidade de transmissão.

A grande mobilidade populacional e, mais diretamente, a migração rural-urbana, fazem com que as cidades sejam áreas permanentemente vulneráveis à introdução de novos parasitas e principalmente à reintrodução daqueles que delas já foram eliminados. A possibilidade de que esta pressão para a colonização do espaço urbano pelos parasitas seja concretizada depende da persistência de condições ambientais que favoreçam a transmissão ou da adaptação do parasita a novos modos de transmissão. Os exemplos conhecidos nos últimos anos mostram que diferentes "estratégias" vem sendo utilizadas pelos parasitas.

Que Doenças são essas?

A doença de Chagas, cuja transmissão foi interrompida nas grandes cidades pela eliminação do vetor adaptado ao ciclo domiciliar, passou a ser veiculada pela transfusão de sangue. A migração de indivíduos das áreas endêmicas para as cidades, a dificuldade de conseguir emprego de qualquer natureza, a prolongada duração do processo infeccioso em portadores assintomáticos, ao lado da comercialização inescrupulosa de sangue e da negligência dos programas de controle são as condições que possibilitam a ocorrência continuada de casos urbanos autóctones. A doença de Chagas é um exemplo de transmissão urbana mantida pela adaptação a um novo ciclo, menos eficiente que o anterior e portanto resultando na diminuição da taxa de reprodução do parasita, mas capaz de garantir sua permanência na comunidade.

A malária representa uma situação oposta, já que a interupção da transmissão nas cidades se dá sem que haja modificação duradoura na população dos vetores, recuperando as áreas trabalhadas a receptividade poucos anos após a interrupção dos programas de borrifação. Neste caso, a reintrodução do parasita, por doentes ou portadores assintomáticos, traz o risco de transmissão explosiva e duradoura, já que encontra os hospedeiros suscetíveis e a presença de vetores. Atualmente há transmissão permanente de malária em pelo menos uma capital, Porto Velho, e em diversas cidades da Amazônia. Muitas outras grandes cidades nas regiões Nordeste e Sudeste apresentam condições que possibilitam a transmissão e intercâmbio de pessoas e material que garante a periódica reintrodução do parasita nos locais onde ele já foi erradicado. Qualquer diminuição da vigilância epidemiológica resultará na reinstalação de ciclos urbanos de malária, com epidemias importantes no primeiro momento.

A leishmaniose visceral, embora com menor capacidade de progressão, mostra a tendência à urbanização de endemias nas áreas onde persiste a receptividade pela presença do vetor. A mobilidade de homens e dos cães que os acompanham levaram à ocorrência, nos últimos anos, de muitos casos autóctones em áreas urbanas de Teresina, São Luís, Santarém, João Pessoa, Fortaleza, Rio de Janeiro e Corumbá. Na leishmaniose tegumentar ocorreu a adaptação do parasita à transmissão por vetores que freqüentam o ambiente peridomiciliar. Na região de mata tropical de encosta, do Norte do Espírito Santo ao Sul de São Paulo, ocorre transmissão, levando ao desenvolvimento de focos endêmicos até dentro da cidade do Rio de Janeiro. No Nordeste, a endemia se adaptou à transmissão mesmo em condições aparentemente desfavoráveis, como nas areias da Praia do Poço, próxima de João Pessoa.

Também a esquistossomose tem passado a ser endemia observada na periferia das cidades do Nordeste e Sudeste, em decorrência da pressão da migração de portadores e da criação de locais capazes de manter grandes populações de caramujos. A distribuição de esquistossomose na periferia das cidades é exemplo de focos criados pelo homem. Nas grandes metrópoles estes focos costumam ser temporários, limitados aos sítios de produção de hortigranjeiros, constantemente ocupados pela especulação imobiliária (o que elimina o foco) e reconstruídos nos bairros mais distantes, onde não se tem acesso a condições básicas de saneamento.

A hanseníase também vem sendo recentemente considerada "doença tropical", na medida que a sua transmissão nos países desenvolvidos é residual. Nas áreas urbanas brasileiras esta doença apresenta tendência a aumentar, contrária à que se verifica na maior parte do resto do mundo. O aumento seria decorrente da acumulação de indivíduos infectantes, resultado de problemas operacionais no tratamento, e da mobilidade populacional, que aumenta muito o número de contatos sociais de cada caso.

A hanseníase, as leishmanioses e a esquistossomose são endemias que tendem a ocupar o espaço urbano restritas às áreas periféricas, ocupadas por segmentos mais pobres da população, frações de classes sociais não envolvidas nos processos produtivos fundamentais.

Seu registro nas cidades costuma despertar alarde pelo "exotismo" mas nunca são tomadas medidas efetivas e permanentes de controle já que logo fica evidente sua focalidade, na verdade tanto social como geográfica.

A Grande Ameaça

A febre amarela, pelo contrário, uma vez introduzida nas cidades onde haja vetores adequados, produziria epidemias que percorreriam todos os grupos sociais e tenderiam a atingir a maior parte da população com grande letalidade, obrigando à vacinação de urgência. A reinfestação de mui-

tas cidades brasileiras, inclusive Brasília, Rio de Janeiro, Salvador e Fortaleza pelo *Aedes aegypti* e o trânsito de indivíduos não vacinados entre as cidades e as áreas endêmicas da Amazônia e Centro Oeste, onde são permanentes os focos enzoóticos, torna sempre presente o risco da febre amarela urbana, eliminada do Brasil há mais de 40 anos.

O caso mais divulgado nos últimos meses, foi o ocorrido em Presidente Prudente, quando no período de 20/05 a 24/05 três camioneiros que retornavam da área de Sinop e Marcelância (MT) apresentaram sintomas característicos da febre amarela, diagnóstico este confirmado e que resultou na morte de dois deles. Parecia que nesta cidade paulista, rota de quem parte de São Paulo em direção à Amazônia ou dela retorna, iria finalmente acontecer o temido processo de reurbanização da febre amarela.

Neste caso, "a concomitância da infestação da cidade por *Aedes aegypti*, detectada em abril, e a grande movimentação de pessoas indo e vindo de áreas epidêmicas de febre amarela silvestre, fez dela uma área de vulnerabilidade indiscutível à moléstia na sua forma urbana", informou o boletim nº 32 da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – IES (Informações Epidemiológicas SUCAM). Bastava que um único homem doente fosse picado para que a possibilidade de epidemia pudesse se realizar.

A infestação de *Aedes aegypti* traz também o risco da introdução do dengue urbano, a partir da importação de casos da América Central, instalando uma nova endemia que em algumas partes do mundo tem sido responsável por acentuada morbidade e mortalidade.

Em 1982 ocorreu uma importante epidemia de dengue em Boa Vista, felizmente de tipo benigno, mas que atingiu mais de 20% da população.

O risco eminente e principalmente a potencialidade de atingir a população maciçamente, incluindo todos os grupos sociais, explica a prioridade que o controle do vetor da febre amarela e do dengue tem recebido. Por exemplo, no caso relatado de São Paulo, foi necessária a nebulização da cidade com inseticidas e simultaneamente tratou-se de organizar uma vacinação em massa, a qual, "apesar do caráter emergencial em que foi planejada, cobriu em 5 dias e meio o total de 165.380 pessoas, ou seja, a totalidade da população de Presidente Prudente e mais milhares de cidades vizinhas que se deslocaram em busca da vacina" (Boletim do IES nº 32).

A situação foi plenamente controlada. Mas o acontecimento em Presidente Prudente colocou em foco a questão da urbanização das doenças endêmicas. No caso da febre amarela, ficou claro os riscos que se corria já que o *Aedes aegypti* havia sido erradicado duas vezes do país e, logo depois, reinfestou extensamente diversos Estados. Este fato levou à liberação de urgência de verba de 1 trilhão e 400 milhões para a SUCAM e induziu o Ministro da Saúde a rever a programação estabelecendo vacinação mínima nas áreas de febre amarela silvestre de 3 para 10 milhões de doses.

Em todas essas situações, as condições de vida das cidades determinam a possibilidade de instalação de focos de "endemias rurais", na medida que as populações periféricas, muitas das quais migrantes, reproduzem as condições de saneamento das áreas rurais descapitalizadas nas periferias das cidades.

A baixa prioridade social que a saúde destas populações recebe explica a persistência dos focos citados, em sua maior parte de fácil controle.

Dizer, portanto, que existe uma tendência à urbanização das "endemias rurais" é pouco. Tal fenômeno faria parte de um movimento mais amplo de *socialização da doença*, possibilitado pelo modelo de desenvolvimento brasileiro que se viabiliza às custas da piora das condições de vida de grande parte da população.

Já na década de 50, o sanitarista Samuel Pessoa advertia que caso não fosse feita uma ocupação racional do território brasileiro, levando-se em conta aspectos sociais e de saúde pública, as doenças estariam definitivamente *socializadas* no país. A contradição do desenvolvimento brasileiro gerou um curioso quadro de associação de doenças "desenvolvidas e subdesenvolvidas". E é este fenômeno que agora estamos observando.

POLÍTICA DE SAÚDE

Limites para um debate

Ao que tudo indica, parece que os "novos" tempos arrastam consigo ranços indeléveis do passado.

Quando o debate sobre a Política de Saúde e a reorganização setorial está na ordem do dia e a perspectiva da Assembléia Nacional Constituinte suscita a formulação e explicitação de propostas, delineiam-se os grupos "pró" e 'contra", emergem as dificuldades, as interrogações.

Nesse processo de discussão corre-se um risco muito grande de reduzir a questão "ao mero rearranjo institucional, que implicaria apenas na transferência de alguns órgãos de uma para outra pasta ministerial."

Essa visão, além de extremamente pobre, é perigosa, pois polariza e antagoniza grupos, assim como desvia o foco de atenção do problema real, qual seja a melhoria da atenção à saúde à população. Daí o ranço a que nos referíamos.

Pareceria que a dificuldade maior está, por um lado, na definição clara do projeto em torno do qual devem ser concentrados os esforços e por outro lado, na ampliação do debate quer entre os trabalhadores do próprio setor, quer na população e usuários dos serviços prestados.

Questões como "saúde: direito de cidadania e dever do Estado" tornam-se vazias, desprovidas de significado, se utilizadas de forma leviana e simplesmente como efeito de retórica. O direito à saúde pode e deve ser assegurado pela Carta Constitucional; o dever do Estado em proporcioná-la pode e deve ser garantido também aí. Resta refletir e propor concretamente as medidas que viabilizem esse postulado. A discussão transcende portanto a simples inclusão deste ou daquele artigo, a modificação da redação aqui e ali.

Por outro lado, por mais que se escreva na Constituição, com todas as letras, que assim deve ser, é preciso ser claro que talvez essa primeira etapa seja a mais fácil.

A recuperação da história da organização do sistema de saúde no país já devia ter ensinado algumas coisas.

Primeiro, que a lógica que informa a criação de cada uma das instituições setoriais são específicas e distintas. Conseqüentemente, suas formulações políticas, suas formas de atuação, seus mecanismos administrativos e gerenciais também o são. O que significa, portanto, que pensar a criação do Sistema Único de Saúde como um simples rearranjo institucional é uma proposta no mínimo ingênua.

Segundo, se aceitamos a Política de Saúde como parte das Políticas Sociais, e portanto pretendemos que ela tente minimizar na esfera da distribuição e consumo algumas das desigualdades históricas originadas na esfera da produção, é importante definir quais as premissas sobre as quais essa Política vai se pautar. Ou seja, o que de fato se pretenderia conseguir: garantia de acesso aos serviços de saúde para toda a população? Melhoria da qualidade dos serviços prestados? Ampliação da cobertura dos serviços já existentes? Maior controle sobre o setor privado? Fortalecimento dos serviços públicos de saúde? Estatização dos serviços privados? Melhor eficiência e eficácia nas ações prestadas – públicas e privadas, preventivas e curativas? Integração de serviços, hierarquização e regionalização? Atuação efetiva nas áreas de controle do meio ambiente, vigilância sanitária, prevenção de acidentes, higiene e segurança do trabalho?

Enfim, poderíamos listar aqui uma relação interminável. E é óbvio que nenhum desses ítens isolados seriam resposta ou solução para as questões em pauta.

Urge fazer um esforço para extrapolar as pressões dos respectivos cotidianos institucionais, para enriquecer o debate em torno das questões pertinentes, para ampliar a discussão em busca de soluções que atendam de forma mais adequada às necessidades de saúde da população, sob pena de perder-se um espaço político e técnico que conquistado a duras penas tem dificuldade de mostrar a que veio.

O que se observa é uma heterogeneidade a nível das propostas, com conseqüentes diferenças fundamentais a nível de condução política de suas implementações. Isso gera uma certa confusão a nível operacional, por um lado, e por outro dificulta a participação operacional, pois resulta em diferentes concepções sobre a mesma proposta.

Integração ou Reformulação

Assim, se na Nova República as idéias de integração das ações de saúde e das instituições regidas por um PROGRAMA num primeiro momento evoluem para a concepção de AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE (AIS), como uma POLÍTICA DE GOVERNO e uma ESTRATÉGIA, e isso é um avanço, num segundo momento as leituras sobre os significados dessa POLÍTICA e dessa ESTRATÉGIA divergem substancialmente, adquirindo características de conflito.

Ou seja, em "nível do MPAS especificamente as AIS agora são colocadas como a política institucional, da mesma forma que se procede a uma reformulação funcional do INAMPS para adequar a estrutura existente à política e ao Plano". Instituem-se as AIS como a nova estratégia de integração interinstitucional do setor saúde, e esta é concebida como a política de governo.

Resume-se, portanto, numa proposta racionalizadora de ampliação de cobertura, integração interinstitucional (pública/privado inclusive), aumento de eficácia e resolutividade do setor público e prioridade plena para este. Para tanto, propõe-se fundamentalmente redefinição do papel dos órgãos gestores, normatização das ações com subordinação política

e integração programática do setor privado ao público, programação e orçamentação conjunta, e universalização do atendimento (maiores detalhes ver documento INAMPS – Secretaria de Planejamento: As Ações Integradas de Saúde na Nova República, Reunião de Trabalho Interministerial sobre AIS, 1985).

Já o Ministério da Saúde, reivindicando sua atribuição legal de formulador e condutor da Política Setorial, defende a construção de um NOVO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE (SNS), incorpora as propostas racionalizadoras proclamadas pelo INAMPS e acrescenta como objetivo a unificação do sistema com a integração das ações de saúde de dentro de cada esfera de Governo, o estabelecimento de novos mecanismos de relação entre as esferas governamentais, entre o setor público e privado, e a integralização das ações de saúde com dicotomia entre atenção à saúde coletiva e individual.

Para atingir esse objetivo de criação do Novo Sistema de Saúde, o MS identifica dois caminhos complementares: o reordenamento institucional e o apoio político e mobilização social.

Reconhece que as AIS possibilitam o desenvolvimento de propostas mais racionais, eficientizadoras e democratizantes, permitindo consideráveis avanços. Entretanto, aponta também muitas outras questões que não teriam solução por essa via, que dizem respeito à atuação mais específica do MS e à formulação da Política de Saúde como um todo (Maiores detalhes ver Doc. Preliminar "As Ações Integradas de Saúde e o Ministério da Saúde", para debate no Seminário interno do MS-1985).

Concebe as AIS como uma estratégia política e técnica de organização de um Novo Sistema de Saúde, sob uma única direção, e define a VIII Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se em dezembro, como o forum adequado às discussões sobre o novo SNS.

Racionalizar para Mudar

As duas posições ministeriais não são em si antagônicas, e poderiam ser encaradas como etapas distintas de um mesmo processo, portanto complementares. A implementação de propostas racionalizadoras pode antecipar e preparar para reformulações mais globais. Além disso é pertinente que as instituições se preocupem com aqueles problemas específicos que histórica e organicamente lhes correspondem.

O que não é aceitável é que se perca a dimensão do projeto mais global, ou seja, a questão fundamental é a SAÚDE e não os serviços, estes são os instrumentos através dos quais se viabiliza a execução da política setorial. Centrar a discussão nesse ponto é endossar visões estreitas e referendar aquelas práticas que já vêm sendo desenvolvidas a anos.

O que assistimos na prática é um certo esvaziamento das propostas que apontam para uma reforma mais ampla do setor, que por sua vez se restringem aos aspectos assistenciais da Política de Saúde, desprezando outras áreas igualmente problemáticas e dignas de atenção.

É necessária uma revisão profunda na legislação sanitária, que permita não apenas retirar aquilo que já é obsoleto mas também introduzir modificações que conduzam a mudanças substantivas no tratamento da saúde no Brasil.

A democratização da saúde, ainda que seja uma bandeira antiga, tem forte cunho corporativista, e não consegue atravessar a barreira dos pequenos grupos. A sociedade como um todo permanece à margem desse processo: o setor saúde não consegue trazê-la para esse debate, e por si só, o movimento de incorporação não se concretiza. Caberia perguntar por que é assim.

A participação da população no debate sobre a saúde é pontual e restrita. Alega-se, por exemplo, a oposição dos trabalhadores à qualquer medida que vise a redistribuição pela população em geral, daqueles direitos por eles conquistados em anos e anos de luta política. Não poderia ser de outra forma, uma vez que defendem aquilo que lhe compete. O avanço seria promover a discussão do que significa exatamente esses direitos, em termos de política social, e o que se espera conseguir com as reformas. Como bem analisa Sônia Fleury Teixeira (Folha de SP – A Democracia retardatária, – 20.07.85):

"A política social brasileira apresenta um eixo central montado a partir do sistema previdenciário com mecanismos de contribuição e retribuição proporcionais, o que tem como conseqüências a exclusão de muitos cidadãos dos benefícios do sistema, além de transformá-lo em mais um instrumento de perpetuação das desigualdades existentes na esfera produtiva. No entanto, como decorrência de pressões políticas que não encontraram outro canal de ampliação de proteção social progressivamente foram sendo criados ou ampliados benefícios do tipo assistencial, que não se enquadram no princípio de contribuição/retribuição proporcionais, tais como assistência médica, assistência social e aos menores, renda mensal vitalícia, Funrural, etc.

"Se é certo que tais medidas representaram um avanço com relação à extensão da cidadania entre nós, a manutenção de uma estreita base financeira própria ao sistema de seguro, com a quase ausência de contribuição do Estado, além da existência de elevados índices do desemprego e subemprego, ao lado de uma desvalorização dos salários no mercado formal, tornaram o nosso sistema de política social vulneráveis às conjunturas recessivas. Urge que se faça uma reformulação total do sistema, que se definem princípios e mecanismos institucionais adequados ao ideário democrático da Nova República, e não apenas que se busque cobrir o déficit previdenciário, ou limitar os benefícios assistenciais, ou mesmo executar reformas institucionais transferindo um ou outro órgão dentro da estrutura ministerial".

Ou seja, nem com as medidas racionalizadoras de ampliação de cobertura e extensão de benefícios isolados, nem com a transferência do INAMPS para o MS se consegue dar conta do problema. A questão é muito mais complexa e necessita uma reflexão mais cuidadosa. Qual a parcela de redistribuição que se pretende conseguir via Política de Saúde e quais os mecanismos a serem implementados para conseguí-la? Como assegurar a ampliação do orçamento setorial e melhorar a quantidade e qualidade dos serviços?

A garantia da saúde da população não passa apenas pelo acesso aos serviços assistenciais: a fome, as condições de moradia, a poluição, as condições de trabalho, as epidemias, nos dizem respeito. A questão da saúde como um direito das pessoas, independentemente de serem trabalhadores engajados na produção, cidadãos, formalmente reconhecidos ou não, merece ser repensada.

Transferência da CEME

Em 16 de julho, o decreto 91.439 do Presidente Sarney transferiu do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) para o Ministério da Saúde (MS) a Central de Medicamentos (CEME).

Essa transferência parece ser o resultado das pressões no sentido da reforma institucional pleiteada no início desse governo pelo MS. De forma objetiva, se por um lado pode ser interpretada como vitória política parcial, significa sem dúvida também a aquisição de um "problema".

A Central de Medicamentos de 1985 não é a mesma idéia e sonho que nortearam a sua criação em 25 de junho de 1971. Em pleno "Milagre Brasileiro", a CEME seria um órgão vinculado diretamente à Presidência da República, "destinado a promover e organizar o fornecimento por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano àqueles que, por suas condições econômicas não pudessem adquirí-lo por preços comuns no mercado" (Decreto 68.806 – 25/07/71), e também tinha o objetivo de regular a produção e distribuição de medicamentos oficiais ou vinculados a estes.

Entretanto, antes mesmo de seu pleno funcionamento, a CEME passou a sofrer pressões da indústria farmacêutica, formada basicamente de multinacionais, até hoje com forte controle monopolístico do setor (sessenta laboratórios estrangeiros dominam 80% do mercado interno de medicamentos contra 520 empresas nacionais que detêm apenas 20%).

Essa pressão, atualizada por vários decretos presidenciais, se traduziu na efetiva desestruturação da CEME, repartindo suas funções por outros órgãos da administração federal, restando-lhe de fato (e na legislação também), a atribuição de distribuidora de remédios. Qualquer atividade que representasse a intenção de estimular a produção e a pesquisa de fármacos nacionais foi abafada. Planos, como PROFORMA (ver SÚMULA 11), preocupados com a questão do monopólio das multinacionais, multiplicador de tipos e marcas de remédios, e a importação de matéria-prima farmacêutica, consumidora de verbas altíssimas, foram engavetados.

Dessa forma, a CEME de 1985 não produz seus próprios remédios (como previa o Plano Diretor de Medicamentos de 30/07/73) e opera com 15 laboratórios oficiais, 15 privados nacionais e 32 multinacionais. Suas verbas são insuficientes para atender à população alvo – as camadas de baixa renda – e, mesmo que fosse capaz, teria antes que resolver o problema do desvio de medicamentos, responsável pelo desaparecimento de 60% de sua distribuição.

Problema sério, já que atualmente, em suma, a Central apenas distribui remédios. Segundo o atual presidente da CEME, Gilvan Rocha, existem pelo menos quatro tipos de desvio: o furto, a fraude, o político e o mau armazenamento.

O furto decorre da falta de controle e fiscalização após o remédio deixar o laboratório. A fraude está associada à sonegação: o cliente vai à farmácia com receita de 40 comprimidos, por exemplo; o funcionário que o atende lhe diz que só dispõe de 10, entrega os 10, arquiva a receita e comercializa os 30 comprimidos restantes em vidros vazios de outros remédios. No caso do desvio político, o mais oficial, prefeituras e câmaras de vereadores recebem remessas e só distribuem a correligionários.

Para recuperar o tempo perdido e combater todos esses problemas são necessários muitos anos de trabalho sério. Nesse sentido, o novo presidente Gilvan Rocha pretende repensar a GEME para que ela se transforme na pedra-de-toque da política nacional de medicamentos. Na prática e a curto prazo significa reformular o plano de estocagem, descentralizar a distribuição de medicamentos para reduzir os desvios por pressão política, atualizar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) reduzindo o volume de 480 tipos de remédios e, por fim, criar uma base científica sólida ampliando as pesquisas de novos medicamentos, implementando a produção de matéria-prima farmacêutica e a nacionalização da fabricação de medicamentos.

VIII Conferência Nacional de Saúde

Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial será o temário da VIII Conferência Nacional de Saúde convocada pelo Presidente da República e pelo Ministro da Saúde para dezembro, em Brasília, cuja comissão organizadora é presidida pelo Prof. Sérgio Arouca.

Depreende-se que a discussão será centrada nas questões referentes aos direitos das pessoas e dos cidadãos à saúde, assim como na reformulação setorial e na viabilização dos projetos de reforma.

Importante frisar que quanto mais amplo seja o debate prévio à Conferência, em nível das instituições como também na sociedade civil como um todo, poderemos tentar efetivar uma participação que permita influenciar os rumos da Política de Saúde prestes a ser reformulada. O encaminhamento de propostas e/ou reivindicações de forma organizada e respaldada politicamente é fundamental para que o sucesso do evento seja de fato uma conquista em termos de garantir a melhora das condições de saúde da população, e não apenas um fato a ser capitalizado por interesses que extrapolam de muito o específico de nosso objeto.

Abaixo, reproduzimos o texto integral do Decreto convocatório, que saiu publicado no Diário Oficial de 24/-7/85:

Decreto Nº 91.466 de julho de 1985

Convoca a VIII Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências

O Presidente da República, usando da atribuição que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no parágrafo único do artigo 90 da lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937,

DECRETA

Art. 1º – Fica convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, a realizar-se de 2 a 6 de dezembro de 1985, em Brasília, sob os auspícios do Ministério da Saúde.

Art. 2º – O Temário da Conferência Nacional de Saúde será:

I – Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania;

II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de: integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação; redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estados, Municípios, Territórios) na prestação de serviços de saúde;

III – Financiamento setorial.

Art. 3º – Tomarão parte da VIII Conferência Nacional de Saúde:

I – Os titulares dos órgãos técnicos do Ministério da Saúde, bem como os dirigentes das entidades descentralizadas sob supervisão do Ministério;

II – Outros servidores designados pelo Ministério de Estado da Saúde;

III – Delegados indicados pelos Ministérios do Interior, Educação, Trabalho, Previdência e Assistência Social, Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente e Secretaria de Planejamento da Presidência da República;

IV – Até 2 representantes indicados por cada um dos demais ministérios;

V – Representantes das Comissões de Saúde no Senado Federal, da Câmara dos Deputados e das Assembléias Legislativas Estaduais;

VI – Representantes das organizações sindicais de empregados e empregadores;

VII – Representantes das Associações, Conselhos e Sindicatos dos Profissionais de Saúde;

VIII – Representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;

IX – Representantes dos serviços de saúde das Forças Armadas;

X – Representantes das Organizações Internacionais vinculadas ao setor de saúde;

XI – Representantes das entidades prestadoras de serviços de saúde;

XII – Pessoas ou instituições convidadas pelo Ministro de Estado da Saúde;

XIII – Representantes de outras entidades representativas da sociedade civil.

Art. 4º – A Conferência será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência ou impedimento eventual, pelo Secretário Geral do Ministério da Saúde.

Art. 5º – O Ministro de Estado da Saúde expedirá, mediante Portaria, regimento especial dispondo sobre a organização e funcionamento da VIII Conferência Nacional de Saúde, a ser elaborado por Comissão para esse fim designada pelo titular da Pasta.

Art. 6º – As despesas com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde correrão à conta dos recursos orçamentários próprios do Ministério da Saúde.

Art. 7º – Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogada as disposições em contrário.

Brasília, em 23 de julho de 1985; 164º da Independência e 97º da República.

Orçamento do MS para 86

As políticas proclamadas encontram sua real dimensão quando se passa do discurso à alocação dos recursos financeiros para sua implementação. Daí que a aprovação do orçamento do Ministério da Saúde (MS) para 1986 por parte do Ministério do Planejamento se constitui um bom momento para avaliar quais as possibilidades concretas em relação ao setor nesta face inicial da "Nova República". Para permitir a reflexão que tal assunto merece, apresentamos as respectivas cifras do orçamento de 1985, comparando-o ao orçamento aprovado para 1986.

O quadro ao lado sugere que o orçamento previsto para 1986, em relação àquele de 1985, teve um aumento da ordem de 450% (considerando que ao orçamento próprio do MS em 1985 deve-se somar o orçamento da CEME recém transferida para o MS este ano). Entretanto, quando se considera o orçamento que está sendo executado, e não o inicial, constata-se que com o crédito suplementar de 4,5 trilhões de cruzeiros, o gasto previsto passa a ser de 6,8 trilhões de cruzeiros, em relação ao qual o aumento real do orçamento é da ordem de apenas 85%. Se considerarmos que o poder de compra do crédito suplementar é bastante inferior ao do orçamento inicial, ainda assim, esse aumento não sofreria grandes alterações.

Se o índice inflacionário ficar segundo o observado até agora – 230% – ou mesmo diminuir – segundo as previsões mais otimistas para 150% – o MS terá sofrido uma sensível diminuição de sua já minguada capacidade operacional, uma vez que o orçamento aprovado não cresceu nem mesmo segundo a taxa de inflação.

ORÇAMENTO DE 1985 MAIS CRÉDITO SUPLEMENTAR E PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA PARA 1986 – MINISTÉRIO DA SAÚDE (em bilhões de cruzeiros).

	1985			1986
	Orçamento	Créd. Suplementar	Total	Orçamento
Central de Medicamentos	± 500	1.500	2.000	2.500
Ministério da Saúde	1.800 (*)	3.000 (**)	4.800	10.100
TOTAL	2.300	4.500	6.800	12.600

(*) Orçamento destinado ao MS em 1985

(**) Com a suplementação, o orçamento ministerial chegou a mais de Cr$ 3 trilhões

GREVE

Brizola sem saúde

Durante os meses de maio e julho deste ano, o Rio de Janeiro foi o palco de um movimento de greve dos funcionários de saúde que teve repercussão importante no funcionamento do sistema de saúde no Estado, assim como materializou um conflito que já se desenrolava a algum tempo.

Dessa greve participaram médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde, além do pessoal administrativo e de apoio como faxineiras, atendentes, motoristas etc. Suas principais reivindicações giravam em torno de melhorias nas condições de trabalho, aumento salarial e efetivação de funcionários "celetistas".

A greve teve dois momentos distintos marcados politicamente: o primeiro de 7 de maio a 26 de junho, com uma trégua para negociação logo após este período; e o segundo, coincidindo e somando forças à greve dos previdenciários, de 8 a 24 de julho.

A demorada negociação entre grevistas e Estado deu-se basicamente pela resistência das autoridades estaduais em se reunirem com os funcionários da saúde enquanto estes não voltassem ao trabalho. As conseqüências desta situação, como o grave comprometimento do atendimento à população, com problemas sérios nos casos de urgência e conseqüente posicionamento desfavorável dos usuários em relação ao movimento, a proibição das comissões éticas do Conselho Regional de Medicina (CRM) por parte do Governo, e finalmente, a intervenção nos hospitais grevistas montaram um quadro singular que merece a nossa atenção.

Condições de Trabalho

Quando em assembléia, no início de maio, os funcionários de saúde optaram pela greve, as reivindicações já eram conhecidas pelas autoridades competentes. O Secretário Estadual de Saúde, Dr. Eduardo Costa, inclusive já havia assinado um documento, em 23 de maio de 1984, onde o Estado se comprometia a, dentro de determinado período, propor soluções para os problemas apresentados. Um ano depois, a não apresentação dessas soluções foi a principal razão para que a greve fosse decretada. Da pauta de reivindicações dos grevistas constavam a aprovação do Plano Especial de Carreira e Vencimentos, a abertura de concursos públicos, a efetivação de 3.000 "celetistas" e a melhoria nas condições de trabalho.

Mas, o ponto que com o decorrer da greve acabou abafado pelas seqüelas do movimento e pela divulgação dos acontecimentos por parte da grande imprensa foi que os funcionários das redes estadual e municipal de saúde optaram pelo caminho grevista, principalmente por suas condições de trabalho. Isto é, além da baixa remuneração, o atendimento à população fluminense se via sempre comprometido pela própria infra-estrutura dos serviços de saúde.

Praticamente em todas as instalações do setor pertencentes ao Governo Estadual (Municipal e Federal também) pode-se constatar a falta dos mais elementares materiais como mercúrio, gases, colchões, lençóis, além de medicamentos essenciais como as vacinas antitetânica e anti-rábica.

Tanto os móveis quanto os imóveis mostram-se precários. A falta de higiene associada ao mal estado de conservação conjugam-se de forma perigosa, facilitando o aumento das complicações nas internações, como os riscos das já famosas infecções hospitalares. Nesse quadro, sobrepõe-se ainda a falta de recursos humanos: um levantamento feito ano passado pela Secretaria Municipal de Saúde, detectou a carência de 1.500 médicos e 8 mil auxiliares de enfermagem, somente no município (o último concurso público para médicos na rede estadual, aconteceu há 20 anos).

Sem recusar as evidências acima, todas as reivindicações eram consideradas justas pelo secretário Eduardo Costa, mas a falta de verbas para atendê-las impedia a negociação, que por sua vez só seria feita com a volta ao trabalho, argumentava o secretário.

A População

O primeiro período do movimento prolongou-se até 26 de junho, quando foi dada trégua para negociações.

O descaso nas negociações praticado pelas autoridades estaduais, alegaram os dirigentes do movimento grevista, fez com que se reiniciasse o movimento. Neste mesmo período, os previdenciários paralisavam também as suas atividades, acirrando a crise e radicalizando as posições, tanto por parte do governo quanto por parte dos grevistas.

A partir daí, em todos os depoimentos tomados, os populares declararam-se lesados e contrários às greves. Nesta fase específica, o aumento de denúncias de mal-atendimento dado pelos grevistas se tornou comum e a triagem dos casos graves, normalmente feito durante a greve, passou a não satisfazer à população.

Em pesquisa de opinião realizada pelo Gerp-JB, 70% da população estava contra a greve e 64% considerava que setores essenciais, como a saúde, não deveriam ter direito a greve. Posições também defendidas pelo Governo Estadual e amplamente difundida pelos meios de comunicação de massa.

As opiniões contrárias à greve dos profissionais de saúde, estaduais, municipais e previdenciários, se generalizou. Algumas mortes de pacientes como conseqüência do movimento consolidaram essa opinião pública e o movimento passou a se enfraquecer. Em 11 de julho, o Hospital Carlos Chagas chegou a abandonar a greve.

Somente a intervenção nas direções hospitalares, decretadas pelos Governos Estadual e Municipal, em oito hospitais, reuniria os profissionais novamente.

O Governo Estadual

Desde o início da greve, a posição resistente do Governo se fazia sentir. Além de oferecer negociação somente após a volta ao trabalho, houve a proibição de funcionamento das comissões éticas do CRM, que investigavam as condições de saúde e trabalho nas unidades municipais e estaduais. Também procurou inviabilizar o movimento "por dentro", através de encontros com os hospitais que haviam se retirado da greve, e, sempre se aventou a possibilidade de intervenção.

Na segunda fase, quando o movimento grevista estadual somou-se à greve nacional dos previdenciários, e a população passou a se colocar contra a greve, o Governador Leonel Brizola decretou em 09 de julho, situação de calamidade pública no Estado; montou um esquema de emergência com apoio da LBA, da Defesa Civil, Corpo de Bombeiros e das Unidades de Saúde das Forças Armadas; cortou o ponto dos grevistas, vetou a entrada destes nos hospitais e fiscalizou as atividades dos funcionários que vinham ao trabalho.

Fechando o conjunto dessas medidas, em 13 de julho, o Governador decretou "administrações de emergência" em quatro hospitais do Estado: Getúlio Vargas, Rocha Faria, Central do Iaserj e Azevedo Lima. À intervenção estadual seguiu-se a municipal, também em quatro hospitais: Souza Aguiar, Miguel Couto, Salgado Filho e Paulino Werneck.

O movimento grevista que havia perdido um pouco de sua força com as medidas repressivas anteriores, se restabeleceu parcialmente com as intervenções e diretores de 16 hospitais e 50 centros de saúde repudiaram o ato do Governador. A colocação de interventores, vindos de fora da área da saúde, agravou ainda mais a tensão já reinante. E, a utilização de trabalhos, feitos anteriormente sobre as condições precárias da rede pública de saúde, colocados como se fossem resultados do trabalho dos interventores, indignou os funcionários do setor.

O movimento se prolongou até o dia 25 de julho, quando o comando de greve, em assembléia, divulgava a opinião dos grevistas: o movimento seria interrompido em respeito à população fluminense, desejando que o Governo se mostrasse sensível à decisão e retomasse as negociações. Mais tarde, conforme entendimentos com o Secretário de Fazenda, César Maia, ficou garantida a realização de concursos públicos, o estabelecimento de planos de Cargos e Salários e a melhoria das condições de trabalho.

O Impasse

O movimento do setor saúde suscitou uma contradição de difícil solução. A greve se estabeleceu por melhorias salariais e melhores condições de trabalho que, no caso, como assumiu publicamente o Secretário de Saúde, eram justas. Ao mesmo tempo, o direito à atenção à saúde também se constitui num bem da população, principalmente a de baixa renda, e a sua "justeza" é indiscutível. Como o meio utilizado pelos profissionais de saúde para conseguirem a melhoria das condições de trabalho – e portanto, melhorar o atendimento aos pacientes – implicava em não atender aos pacientes (isto é, greve), a contradição entre profissionais de saúde e população se configurou.

Dentro deste quadro, o Governo Estadual atuou: quando a contradição se tornou extremamente clara e tensa, o Governo se aproveitou do momento e, ao invés de negociar soluções, impôs a "sua vontade". O movimento isolou-se e seu contato com o resto da população, além das bancas de triagem, ficou sendo unicamente os meios de comunicação de massa. Contato comprometido, já que estes se colocaram ao lado dos populares, e indiretamente, ao lado do Governo.

Após 66 dias de paralisação, com vitórias conquistadas mas também desgastados perante a opinião pública, os profissionais de saúde retornaram ao trabalho. Obviamente, o Governo Estadual saiu fortalecido da crise, pela habilidade em capitalizar a seu favor o impasse, criado em grande parte, por sua posição intransigente mas também pelas avaliações equivocadas da real força política do movimento.

Previdenciários param

O Ministro Waldir Pires chegou a ameaçar demissão, mas por fim conseguiu responder afirmativamente ao acordo assumido com o movimento grevista dos previdenciários. Iniciada em junho e com seu final na primeira semana de agosto, a greve teve como reivindicação principal a extensão do aumento de 80% sobre o maior salário de cada categoria a todos os servidores, inclusive inativos e pensionistas, da Previdência. Esse aumento foi concedido a partir de janeiro deste ano exclusivamente a médicos e odontólogos, portanto ao apagar das luzes do Governo Figueiredo. Outra reivindicação salarial era a elevação de 12 níveis de referência em cada categoria (em cada nível há pequeno acréscimo no salário).

A paralisação atingiu cerca de 230 mil servidores e praticamente todos os estados brasileiros, sendo poupados os serviços de emergência hospitalar e ainda as unidades pagadoras do INPS. O fato a ser considerado neste movimento foi a sua coincidência no tempo com paralisações de profissionais estaduais e municipais de saúde tanto no RJ como SP e parcialmente em Brasília. No município do Rio em especial, por quatro semanas a população ficou sem acesso a qualquer atendimento público de rotina no setor saúde. Mantiveram-se apenas os atendimentos de emergência (Ver artigo pg. 5). Em São Paulo, a greve dos previdenciários se fez acompanhar da greve, com reivindicações específicas, no Hospital das Clínicas, o maior complexo hospitalar do país. A essa altura, final de junho, os servidores das secretarias estadual e municipal de SP já haviam suspendido seu movimento.

Caso aceita, a reivindicação de 80% acarretaria à Previdência uma despesa extra no ano de 1,6 trilhões, sem considerar as demais, que foram aparentemente secundarizadas pelo próprio movimento, como trimestralidade, reposição desde 1979 e 100% do INPC em 1º de julho.

Caminhando para o impasse, com desgaste tanto do movimento grevista, cerca de 40 dias, como do próprio Ministro junto ao Governo, a negociação se deu em torno da proposta do Ministério, aumento de 20%, coincidentemente, o mesmo índice solicitado pelo Ministro Marcos Maciel logo no início do Governo e prontamente atendido pelas autoridades econômicas.

O Ministro Waldir já não teve a mesma sorte. O seu pedido só veio a ser atendido após o prazo fatal negociado com os grevistas, 30 dias do encerramento da greve. Além da contenção dos gastos públicos, seguramente pesou o fato de serem recursos solicitados após a negociação com os grevistas, ao contrário do que ocorreu na área da educação, e que ainda é um tanto inovador dentro da Nova República.

Se por hora há solução para as reivindicações, não se deve alimentar ilusões sobre a estabilização por longo tempo. A necessidade de equiparação dos aumentos dentro da Previdência continuará sendo uma bandeira, além das demais reivindicações salariais de reposição e trimestralidade, acompanhando de um modo ou de outro o movimento de todos os assalariados no país, sejam servidores públicos ou não.

INFECÇÃO HOSPITALAR

Treinamento para controle

Data de junho de 1983 a portaria nº 96 do Ministério da Saúde que obriga todos hospitais do país à criação de comissões de controle de infecções hospitalares. No entanto, foi no início deste ano que esse assunto passou a ser preocupação não só dos técnicos como também da população em geral. A infecção hospitalar contraída pelo Presidente Tancredo Neves foi o estopim.

Aparentemente o caso do falecido presidente não foi exceção. Ele passou a fazer parte das estimativas (estatísticas confiáveis não existem) sobre incidência de infecções hospitalares no país. Os principais peritos concordam com números em torno de 700 mil por ano, acarretando cerca de 35 mil óbitos, ou seja, 5% do total de casos.

Enquanto a Organização Mundial de Saúde considera razoável uma taxa de 5%, nossos hospitais, alguns de renome, alcançam o dobro e o triplo desse valor. Entre as causas apontadas, estão: o "hábito incontrolável dos brasileiros visitarem doentes internados", segundo José Silveira, do Instituto Brasileiro de Investigação do Tórax, e o uso indiscriminado de antibióticos, que tanto servem para exterminar bactérias como para torná-las mais resistentes. Segundo o Prof. Veronese, há hospitais brasileiros que chegam a usar 20 vezes mais antibióticos que hospitais em Paris. As condições higiênicas ambientais e dos profissionais no hospital também são analisadas. O médico Edmundo Ferraz, da Comissão Permanente de Infecção Hospitalar do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, afirma que uma falha está na lei sobre utilização de protudos detergentes e antissépticos: "a maior parte não extermina micróbios e bactérias". Em alguns poucos hospitais onde existem procedimentos para controle da infecção hospitalar, estes não saem dos manuais.

Com o propósito de modificar essa realidade, o Ministro Carlos Sant'Anna não só desengavetou a referida portaria como determinou o treinamento em larga escala de profissionais da área de saúde, para controle dessas infecções. Iniciado no primeiro semestre, pretende-se que até o final do ano estejam treinados 4.200 profissionais em cerca de 2.150 hospitais, 50% da rede hospitalar nacional. Estão sendo atendidas a princípio os hospitais de grande e médio porte, em especial os do setor público. Ao longo do ano, ainda estão sendo instalados 29 centros de referência no controle de infecção hospitalar. São hospitais que serão ainda multiplicadores de recursos humanos capacitados.

MORTALIDADE INFANTIL

Mortalidade aumenta com a crise econômica?

Uma séria interrogação freqüenta os estudos médicos sociais: é ainda a mortalidade infantil um indicador sensível às bruscas quedas no padrão de vida da população urbana?

Durante o período do "milagre brasileiro" uma célebre discussão foi provocada pela correlação estabelecida entre a deterioração do salário mínimo real e o aumento da mortalidade infantil no município de São Paulo (Gráfico I). Esta correlação conjuntural tornou-se uma prova incontestável do caráter anti-social e iníquo do modelo econômico imposto ao país.

Diante da grave crise econômica enfrentada pelo país desde 1980, a expectativa natural foi a de que aumentassem os índices de mortalidade infantil, refletindo o aumento do desemprego, o achatamento salarial e as mudanças no padrão alimentar. A própria imprensa, em vários de seus noticiários, evidenciou a questão. Na GAZETA MERCANTIL, de 02 de janeiro de 1985, essa expectativa era claramente explicitada:

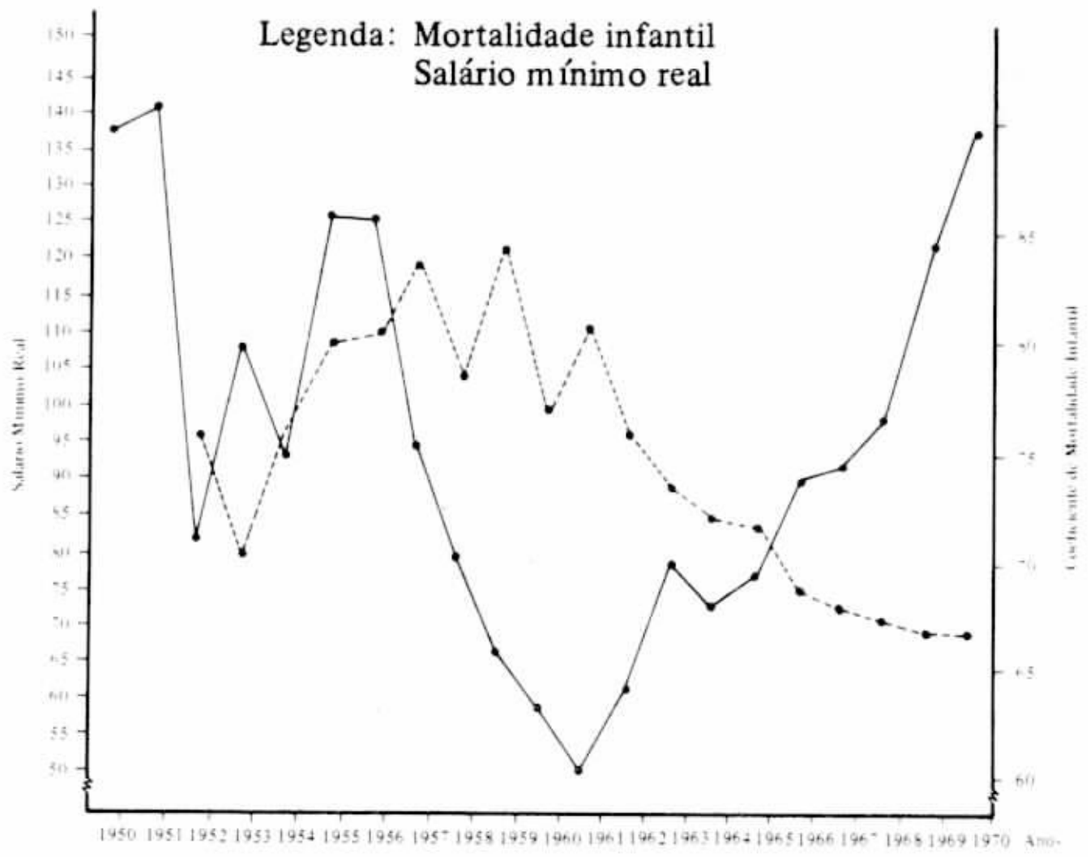
"A deterioração das condições sócio-econômicas do paulistano, provocada pela recessão, é a principal razão para o aumento da mortalidade infantil detectada na Grande São Paulo de janeiro a outubro deste ano. Em cada mil crianças que nasceram neste período, 54 morreram antes de completar um ano. De janeiro a outubro de 1983, de cada mil crianças nascidas na Grande São Paulo, 47 não chegaram a um ano de vida.

"Os dados da Secretaria de Saúde mostram que também no total do Estado a taxa de mortalidade cresceu. De janeiro a outubro de 1983, em cada grupo de mil crianças nascidas vivas no Estado de São Paulo, 43 não completaram um ano de vida. No mesmo período deste ano esse número pulou para 47 em cada mil".

Contudo, além do período citado na reportagem acima ser irrelevante para qualquer análise dos aumentos da mortalidade infantil em São Paulo (é necessário, pelo menos, uma série histórica de cinco anos), os dados recentes têm indicado que o número de óbitos de crianças na idade de 0 a 1 ano diminuem significativamente. No caso de São Paulo, os dados da capital acompanham a tendência histórica da redução do número de óbitos nesse grupo etário, atingindo nessa atual conjuntura as taxas mais baixas das últimas três décadas (Gráfico II).

Gráfico 1

Mortalidade Infantil (Por 1.000 Nascidos Vivos) e Salário Mínimo Real – Município de São Paulo (1950-1970)



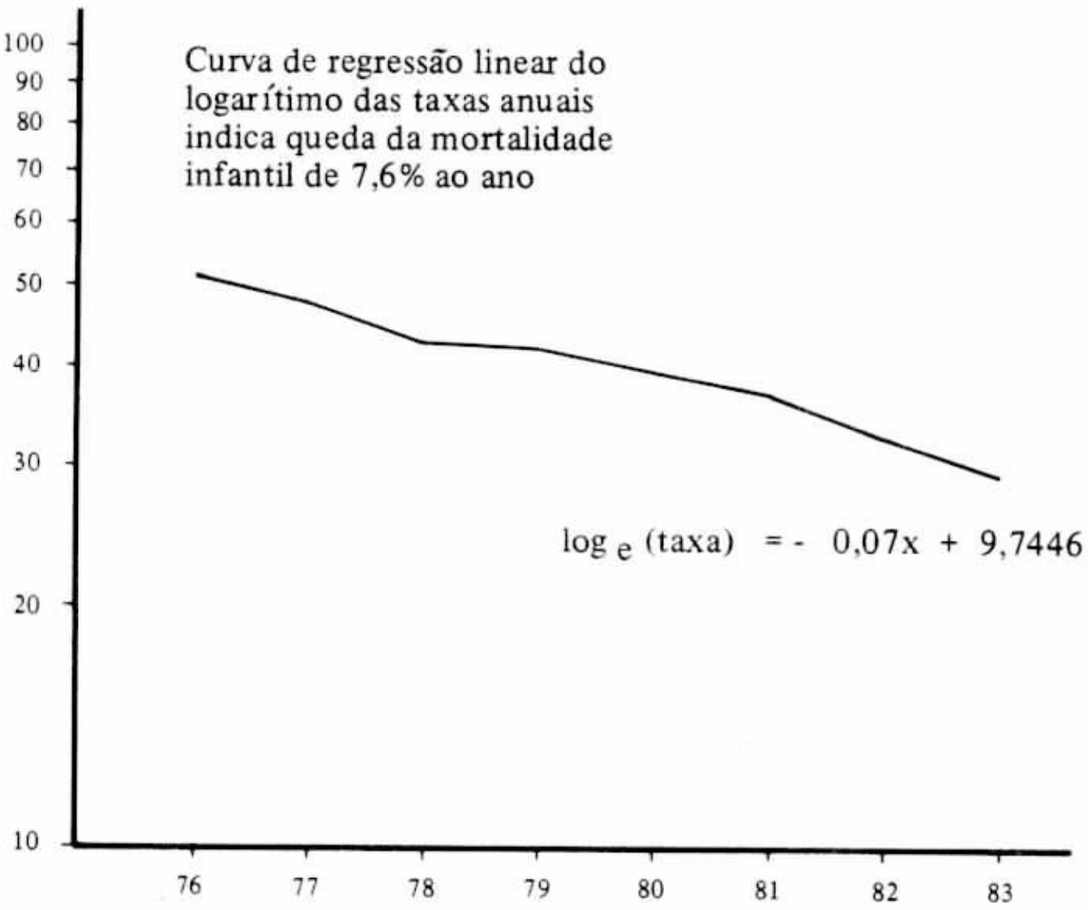
Fonte: POSSAS; *C. Saúde e Trabalho – A crise da Previdência Social* RJ: Graal 1981, p- 12

Estado de São Paulo – 1940/84 – Taxas de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos)

Fonte: Indicadores Demográficos para o Estado de São Paulo. SEADE. SP. 1985

No município do Rio de Janeiro, a mortalidade infantil também diminuiu, apesar do contexto da crise e suas repercussões particularmente graves para a economia do Estado pelo conseqüente aumento do desemprego e das atividades ditas marginais. Esta queda da mortalidade infantil ocorre inclusive através da diminuição de todas as principais causas, ainda que em ritmo diferenciado (Gráfico III).

Mortalidade infantil no município do Rio de Janeiro (por 1.000)



escasso uso de indicadores de estratificação da população além dos usuais, de idade e de sexo.

Como seria a queda da mortalidade infantil distribuída segundo ocupação ou escolaridade do chefe de família, etnia ou lugar de moradia?

Certamente que os dados agregados a partir desses indicadores poderiam demonstrar que a mortalidade infantil, independente de sua magnitude, concentra-se basicamente nas classes baixas. As causas associadas a esse indicador de mortalidade expressam por si só um perfil de qualidade de vida (diarréia. doenças nutricionais, causas perinatais, pneumonia etc). Por outro lado, diante dessa visível queda no coeficiente, um estudo mais detalhado permitiria igualmente determinar as causas que estariam influenciando na diminuição da mortalidade infantil, avaliando o impacto sobre o comportamento da mortalidade infantil: 1º) das políticas públicas urbanas; 2º) dos programas de imunização; 3º) das alterações no padrão de consumo das populações urbanas.

Obviamente o cálculo da taxa da mortalidade infantil que toma como base toda a população indiferenciadamente não permite avaliar as repercussões sanitárias da crise nas camadas mais empobrecidas.

Cabe perguntar se não seria oportuno aprofundar agora a discussão sobre as graves limitações científicas das estatísticas sanitárias produzidas no país. Particularmente, no que se refere ao

FOME

O genocídio no nordeste

De 1978 a 1983 todo o Nordeste foi devastado por uma seca que de maneira alguma se pode dizer sem precedentes; pelo contrário, o grande número de precedentes faz até supor que todos, sertanejos e demais brasileiros, já se acostumaram com o fenômeno. Periodicamente temos notícias da seca, sabemos que a quebra de safra foi total, que não se vai colher feijão ou milho, que o número de retirantes aumentou para não sei quantos milhares por dia e que a taxa de mortalidade infantil passou para 200 ou 300 por 1000. A dimensão da tragédia só pode ser apreendida por nós exatamente porque é imensa: o número, limpo, ascético, coletivo, permite a consciência, distanciada do fato.

Recentemente, entretanto, um grupo de pessoas (do Ibase e do CNBB) decidiu ir contra esta visão do fenômeno e empreendeu uma pesquisa visando essencialmente mostrar dois pontos: primeiro, que ocorreu um verdadeiro genocídio no Nordeste; segundo, que os mortos eram indivíduos e não apenas parte de uma coletividade de anônimos.

Por que genocídio

A rigor, apenas duas medidas políticas tomadas durante a seca atingiram a população flagelada como um todo: as frentes de emergência, que garantiam uma renda ínfima mas necessária às famílias, e os carros-pipa, que distribuíam água às comunidades mais carentes. Estas duas medidas, em-

bora insuficientes, não podem ter sua importância diminuida, e significaram a diferença entre a vida e a morte para milhões de sertanejos. As chamadas frentes de mergência, que garantiam um salário equivalente a um quarto do salário mínimo, permitiam que as famílias sertanejas, através de um complexo sistema de crédito pelas "bodegas", tivessem comida pelo menos parte do mês. Os carros-pipa (sistema que em seu auge chegou a mobilizar cerca de 5.000 caminhões percorrendo, cada um, 3.000 quilômetros por mês) foram a garantia de água para beber para grande número de pessoas e foi, pode-se dizer, a única medida de saúde pública que se tomou, com eficiência, em toda a duração da seca.

Exatamente por isso, a forte palavra de genocídio. A ausência de política é, em si mesma, uma política. Se nada se faz, o que se faz é nada, ou seja, a decisão desejada e/ou realizada é de não interferir na realidade. Os responsáveis pela saúde pública são também responsáveis pela morte coletiva?

A resposta, para o IBASE e para a Regional Nordeste II da CNBB é sim.

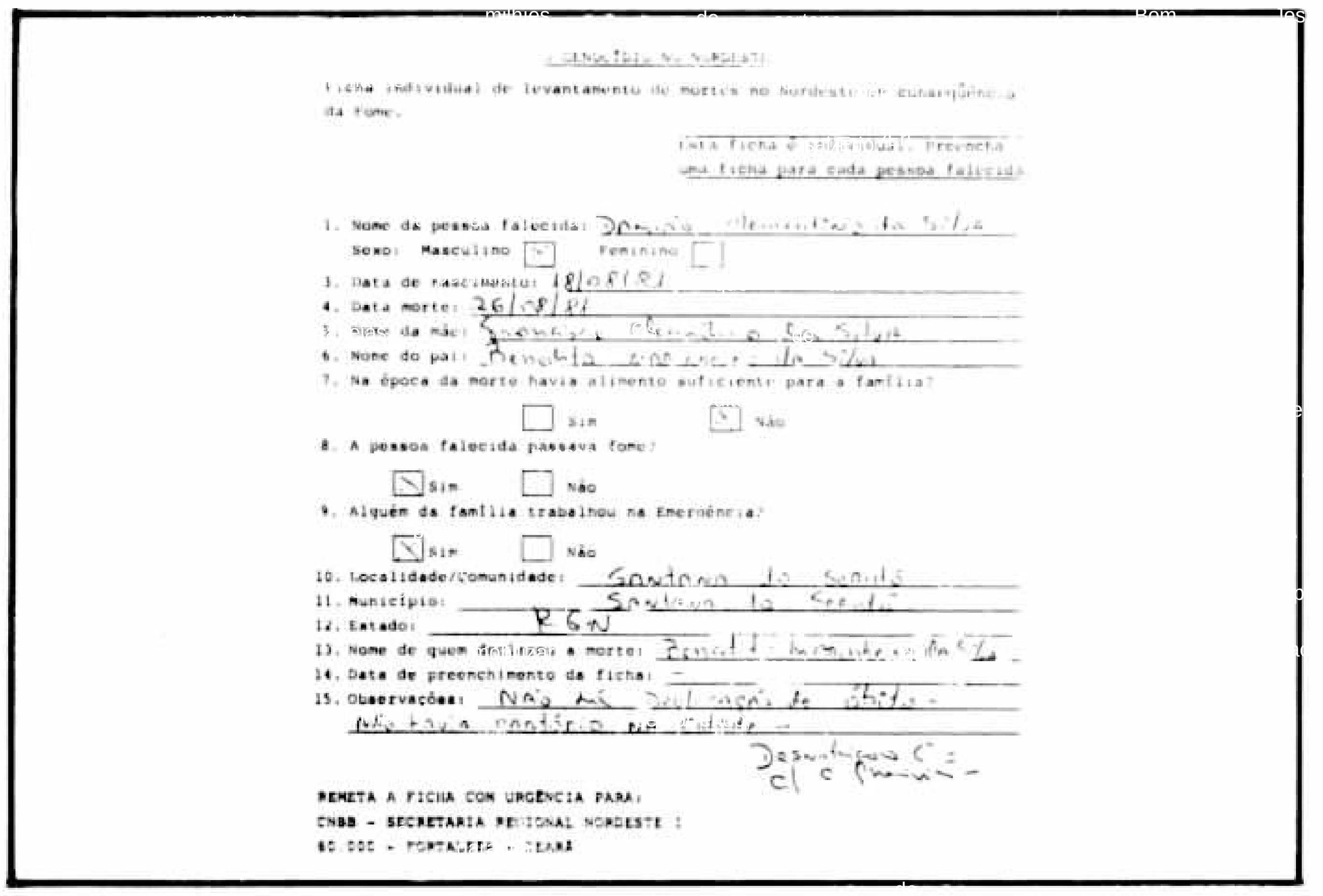
Os mortos têm nomes

O segundo ponto buscado na pesquisa é dar nome às pessoas, individualizar a catástrofe, arrancar os mortos do anonimato, dar um sobrenome aos cadáveres, atribuir-lhes uma idade e um local de moradia. Situá-los no tempo e no espaço, dar-lhes uma família. Sem em nada desmerecer os procedimentos epidemiológicos e estatísticos, a pesquisa busca estilhaçar a totalidade em cada um de seus competentes buscar não a regularidade de comportamento nos números, mas a personalização de cada uma das mortes: quem morreu foi Manoel Malaquias Nunes, em Bom Jesus da Lapa, com apenas 7 meses. Quem morreu foi Maria Mamede da Costa, em Crateús, com 74 anos. Quem não chegou a viver foi Michel Alves de Souza, e assim por diante, numa lista que, em junho de 1985 já chegara a 4.404 pessoas mortas.

Não que a pesquisa não se presta a interpretações globalizantes. Embora as informações coletadas sejam poucas, são fundamentais. A emoção que ela certamente desperta não contradiz com a possibilidade de se verificar que a morte atinge essencialmente as crianças e os velhos, os mais fracos dentre aqueles sertanejos que são, acima de tudo, fortes, caso contrário não sobreviveriam a situação tão adversa.

A denúncia

Uma última observação parece pertinente: a pesquisa está sendo realizada através da Igreja Católica, talvez a única das grandes instituições nacionais realmente capaz de atingir a população pobre em todo o país. Com a ajuda dos colaboradores das Comunidades Eclesiais de Base, está sendo passado um questionário em todo o Nordeste, onde, com simplicidade, se traz à lembrança de todos que neste país milhares de pessoas morrem por não ter o que comer. A capacidade de chegar às pessoas e perguntar "A pessoa falecida passava fome?" é também a capacidade de ajudá-los a lutar para que essa situação não se repita. E é também o poder de lembrar aos que têm a responsabilidade pela saúde da população que o Governo não cumpriu com sua obrigação.



GENOCÍDIO NO NORDESTE

Ficha individual de levantamento de mortes no Nordeste em consequência da fome.

Esta ficha é individual. Preencha uma ficha para cada pessoa falecida

1. Nome da pessoa falecida: [illegible]
Sexo: Masculino [x] Feminino [ ]
3. Data de nascimento: 18/08/81
4. Data morte: 26/08/81
5. Nome da mãe: [illegible]
6. Nome do pai: [illegible]
7. Na época da morte havia alimento suficiente para a família? [ ] Sim [x] Não
8. A pessoa falecida passava fome? [x] Sim [ ] Não
9. Alguém da família trabalhou na Emergência? [x] Sim [ ] Não
10. Localidade/Comunidade: Santana do Seridó
11. Município: Santana do Seridó
12. Estado: RGN
13. Nome de quem declarou a morte: [illegible]
14. Data de preenchimento da ficha: —
15. Observações: Não há declaração de óbito - não havia cartório na cidade -

REMETA A FICHA COM URGÊNCIA PARA:
CNBB - SECRETARIA REGIONAL NORDESTE I
60.000 - FORTALEZA - CEARÁ

NOME	SEXO	MUNICIPIO	UF	ANOS	MESES
ALBERTO QUEROZ DE SOUZA	M	TINGUA	CE	56	0
ALCIDES FERNANDES DA COSTA	M	TINGUA	CE	52	1
ALEXANDRE MANUEL DA ROCHA	M	TINGUA	CE	0	1
ALINE DA SILVA	F	TINGUA	CE	1	6
ANA MARIA DE ALBUQUERQUE GALENO	F	TINGUA	CE	80	1
ANA PAULA DE ARAUJO COSTA	F	TINGUA	CE	1	7
ANGELO PASSOS VIEIRA	M	TINGUA	CE	29	11
ANIZIA FERREIRA CAMPOS	F	TINGUA	CE	75	5
ANTONIA FERNANDES PAIVA	F	TINGUA	CE	0	4
ANTONIO ALBUQUERQUE	M	TINGUA	CE	0	4
ANTONIO CLAUDIO ALMEIDA DA SILVA	M	TINGUA	CE	0	9
ANTONIO DUO SOUZA	M	TINGUA	CE	0	0
ANTONIO EDILSO SOUSA	M	TINGUA	CE	0	4
ANTONIO FERNANDES PAIVA	M	TINGUA	CE	1	8
ANTONIO FONTINELI MIRANDA	M	TINGUA	CE	0	1
ANTONIO RAMOS VIEIRA	M	TINGUA	CE	87	10
ARTUR ALBERTO DA SILVA	M	TINGUA	CE	66	6
BRAZ XAVIER DE OLIVEIRA	M	TINGUA	CE	83	8
CHARLELI FERREIRA ALVES	F	TINGUA	CE	0	10
CLEITON GOMES DA SILVA	M	TINGUA	CE	1	0
CRISPIM LOURENCO DA SILVA	M	TINGUA	CE	82	10
CRISTIANA	F	TINGUA	CE	0	3
DIASSES FERREIRA CHAGA	M	TINGUA	CE	0	7
DORMISON CARNEIRO FROTA	M	TINGUA	CE	0	3
EDIMAR CARDOSO MENEZES	M	TINGUA	CE	28	8
EMANOEL FELIX DA CUNHA	M	TINGUA	CE	0	4
EVA DA PAIXAO FROTA	F	TINGUA	CE	0	10
EVERALDO FERNANDES DA SILVA	M	TINGUA	CE	2	8
FIRMINO FRANCISO MOREIRA	M	TINGUA	CE	79	10
FRANCISCA ELIZA DA CONCEICAO	F	TINGUA	CE	0	0
FRANCISCO DAS CHAGAS DOS SANTOS	M	TINGUA	CE	0	8
FRANCISCO EDILANDRO DE SOUZA	M	TINGUA	CE	0	5
FRANCISCO OLIVEIRA SILVA	M	TINGUA	CE	2	3
HELIETE LUCIANO DA SILVA	F	TINGUA	CE	1	3
ISAIAS RODRIGUES DE ABREU	M	TINGUA	CE	41	7
JEORGE DA ROCHA LIMA	M	TINGUA	CE	0	5
JOAO	M	TINGUA	CE	0	3
JOAO CANUTE DUO	M	TINGUA	CE	90	0
JOAO LUIZ PEREIRA	M	TINGUA	CE	70	4
JOAO PINTO CARDOSO	M	TINGUA	CE	69	1
JOAQUIM FERREIRA DA SILVA	M	TINGUA	CE	82	6
JOAQUIM FRANCISCO DA SILVA	M	TINGUA	CE	0	8
JORGE	M	TINGUA	CE	0	0
JOSE ALVES DO NASCIMENTO	M	TINGUA	CE	0	6
JOSE ARNALDO C.LINHARES	M	TINGUA	CE	23	7
JOSIANE HENRIQUE LIMA	F	TINGUA	CE	0	4
JUBERTO CARDOSO DOS SANTOS	M	TINGUA	CE	0	6
LEANDRO DA ROCHA SILVA	M	TINGUA	CE	0	5
LINDALVA R.HENRIQUE	F	TINGUA	CE	1	11
LUCINDA MARIA DO NASCIMENTO	F	TINGUA	CE	77	1
LUCIVANIA BEZERRA DE ARAUJO	F	TINGUA	CE	0	8
LUIS CARLOS PAIVA VIEIRA	M	TINGUA	CE	0	2
LUISA PEREIRA DA SILVA	F	TINGUA	CE	77	1
LUIZ CARNEIRO DUO	M	TINGUA	CE	72	11
LUIZ GONZAGA PAIVA VIEIRA	M	TINGUA	CE	0	2
MARIA ENAIDE DOS SANTOS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	4
MARIA FERREIRA DA SILVA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA FERREIRA DA SILVA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	1	6
MARIA FERREIRA DE BRITO	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA FERREIRA SANTIAGO	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA FRANCISCA MENDES	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA GONCALVES DE OLIVEIRA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA JESUS COSTA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA JOSE ALVES FIDELIS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	2
MARIA JOSE DA SILVA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	2	6
MARIA JOSE DE SOUZA ARAUJO	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA JOSE DIAS DE SOUZA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	4	3
MARIA JOSE LOPES PEREIRA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	3
MARIA JOSE MEDEIROS LOIOLA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	10
MARIA KATIA DE JESUS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	7
MARIA LEITE DA SILVA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA LIMA PEIXOTO	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA LINHARES	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	1	10
MARIA LOPES DA SILVA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA LUCIA DOS SANTOS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA LUCIA NERI DOS SANTOS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	5	8
MARIA MACARIA DOS SANTOS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA MARQUES DA SILVA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA MEDEIROS BARBOSA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	3
MARIA MELQUILDES DOS SANTOS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA NAIARA DA SILVA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	5
MARIA NEPOMUCENO	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA NEVES DE JESUS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA NEVES DE SOUZA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA NUNES DE SOUZA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA PAIXAO CRUZ	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA PEREIRA BONFIM	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA PEREIRA DA SILVA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	2
MARIA PEREIRA DE SOUSA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA PEREIRA DOS SANTOS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA PEREIRA MANIAS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA PEREIRA SAMPAIO	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	1
MARIA PEREIRA VALENTIM	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA RODRIGUES DA SILVA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	2
MARIA RODRIGUES DE SOUZA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA RODRIGUES DOS ANJOS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	1
MARIA RODRIGUES DOS SANTOS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	3
MARIA RODRIGUES LIMA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	1	0
MARIA ROSA DOS SANTOS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA ROSA DOS SANTOS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	10
MARIA SANTA DE DEUS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	2
MARIA SANTOS OLIVEIRA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	0
MARIA SELMA DE SOUZA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	2	8
MARIA SELMA NUNES	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	1	10
MARIA SILVA DOS SANTOS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	8
MARIA SILVA SANTOS	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	7
MARIA SOARES PEREIRA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	4
MARIA SOUZA DE QUEIROZ	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	8	1
MARIA SOUZA OLIVEIRA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	0	1
MARIA SUELI RODRIGUES DE SOUZA	F	BOM JESUS DA LAPA	BA	1	1

A publicação TEMA está voltando: Próximo número: AIDS, A DOENÇA DO SÉCULO.

Súmula é uma publicação do projeto REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE (RADIS), desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz, com apoio da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). As opiniões aqui expressas não representam necessariamente a posição oficial da instituição. Colaboram neste número: Célia Maria de Almeida (Coordenadora), Sérgio Luiz Dias Portella, Marta Gomes da Fonseca, Sergio Goes de Paula, Sarah Escorel, Pedro Ribeiro Barbosa, Nilson do Rosário Costa, Paulo Sabrosa, Dina Czeresnia, Adolfo Chorny e Vitor Valla.

Diagramação, Produção Gráfica e Impressão: Escola Nacional de Saúde Pública, Programa de Educação Continuada.

DISTRIBUIÇÃO DIRIGIDA – Os interessados em receber esta publicação devem dirigir-se ao Projeto RADIS – Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – 21.041 – Rio de Janeiro. Súmula 13 é uma documentação resumida dos principais fatos relevantes para a área de saúde, registrados nas seguintes fontes: O ESTADO DE SÃO PAULO, FOLHA DE SÃO PAULO, GAZETA MERCANTIL, JORNAL DO BRASIL, O GLOBO, ISTO É, VEJA, JORNAL DO PAÍS, ÚLTIMA HORA, publicações abrangidas pelo boletim de recortes do INAMPS e pelo serviço de recortes do Ministério da Saúde, além de outros textos elaborados por profissionais da área de saúde.